

Travail de l'Hôpital de Saint-Denis (Service du D^r DELAFONTAINE)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

POUR

344

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean GUILLAUME

Né le 12 avril 1915, à Nice (Alpes-Maritimes)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 9 DEC 1942 194

L'influence des événements actuels sur la Pathologie

Etude comparative des Affections médicales
observées à l'Hôpital de Saint-Denis
de juillet 1937 à août 1939, d'une part,
et d'août 1940 à juillet 1942, d'autre part.

Président : M. PASTEUR VALLERY-RADOT, *Professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1942

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **GUILLAUME.**

Prénom : **Jean.**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

1

GUILLAUME (Jean). — L'influence des événements actuels sur la pathologie. (Etude comparative des affections médicales observées à l'hôpital de Saint-Denis de juillet 1937 à août 1939, d'une part, et d'août 1940 à juillet 1942, d'autre part). — *Paris. Jouve et Cie*, édit., 1942, in-8°, 64 p.

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1942,*
N°.....)

2

GUILLAUME (Jean). — L'influence des événements actuels sur la pathologie. (Etude comparative des affections médicales observées à l'hôpital de Saint-Denis de juillet 1937 à août 1939, d'une part, et d'août 1940 à juillet 1942, d'autre part). — *Paris. Jouve et Cie*, édit., 1942, in-8°, 64 p.

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1942,*
N°.....)

3

GUILLAUME (Jean). — L'influence des événements actuels sur la pathologie. (Etude comparative des affections médicales observées à l'hôpital de Saint-Denis de juillet 1937 à août 1939, d'une part, et d'août 1940 à juillet 1942, d'autre part). — *Paris. Jouve et Cie*, édit., 1942, in-8°, 64 p.

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1942,*
N°.....)

4

GUILLAUME (Jean). — L'influence des événements actuels sur la pathologie. (Etude comparative des affections médicales observées à l'hôpital de Saint-Denis de juillet 1937 à août 1939, d'une part, et d'août 1940 à juillet 1942, d'autre part). — *Paris. Jouve et Cie*, édit., 1942, in-8°, 64 p.

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1942,*
N°.....)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean GUILLAUME

Né le 12 avril 1915, à Nice (Alpes-Maritimes)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 194

L'influence des événements actuels sur la Pathologie

Etude comparative des Affections médicales
observées à l'Hôpital de Saint-Denis
de juillet 1937 à août 1939, d'une part,
et d'août 1940 à juillet 1942, d'autre part.

Président : M. PASTEUR VAILLERY-RADOT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1942

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRÉ.
	LAIGNEL-LAVASTINE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CADENAT.
	GOSSET.
	LENORMANT.
	MONDOR.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	LÉVY-SOLAL.
	PORTES.
	MOCQUOT.
	LEVEUF.
	LOEPER.
	LEMAITRE.
	BROCC.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	DONZELOT.
	Clovis VINCENT.
	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique	
Clinique de cardiologie	
Clinique de neuro-chirurgie	
Assistance médico-sociale	
Professeurs sans chaire	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA..... Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.)... Physique.
 DESOILLE..... Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgical
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.

MM.

LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIÈVRE.. Médecine légale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULÉ		GATELLIER...	
CHABROL.....		de GAUDART	
CHEVALLIER....		d'ALLAINES	
LAROCHE Guy...		MOULONG UET	
LIAN		MOURE	
MOREAU.....			
SÉZARY			

MM.	
ÉCALLE.....	Clinique obstétricale.
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A qui je dois tout, en témoignage de reconnaissance et d'affection infinie.

A MA SOEUR

En souvenir de si belles années d'étudiant mettant en commun nos joies et nos peines aussi.

A MA FIANCÉE

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR PASTEUR VALLERY-RADOT

Professeur de Clinique médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Bichat
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse, en témoignage
de respectueuse reconnaissance.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE DELAFONTAINE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-chef des Services de Médecine de l'Hôpital de Saint-Denis

*Qui m'a inspiré cette thèse et qui, durant
trois années, n'a pas cessé de me prodiguer
son enseignement et ses conseils ; en témoi-
gnage de vive gratitude et de respectueuse
affection.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. LENORMANT
MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT
MONSIEUR LE DOCTEUR GANDY
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET
MONSIEUR LE PROFESSEUR CATHALA
MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR KÜSS

Internat de l'Hôpital de Fresnes :

MONSIEUR LE DOCTEUR MEUVRET
MONSIEUR LE DOCTEUR MASMONTAIL

Internat de l'Hôpital de Saint-Denis :

MONSIEUR LE DOCTEUR DANSAERT
MONSIEUR LE DOCTEUR DELAFONTAINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARRAYA

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Aide d'Anatomie
Chirurgien des Hôpitaux de Nice

Qu'il veuille bien trouver ici, toute la reconnaissance pour les encouragements et l'amitié qu'il n'a jamais cessé de me prodiguer.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE VADDER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien Chef des Services de Chirurgie
de l'Hôpital de Saint-Denis

En témoignage de vive reconnaissance pour l'amitié qu'il m'a toujours montrée, avec ma respectueuse affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN

Chirurgien de l'Hôpital de Saint-Denis

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE PERETTI DE LA ROCCA

Accoucheur de l'Hôpital de Saint-Denis

A MESSIEURS LES DOCTEURS SAGAUT, BRUNETON,
DANSAERT, BRUNET ET SCHRAPP

Chirurgiens-assistants et Médecins-assistants
de l'Hôpital de Saint-Denis

A MES COLLÈGUES DE L'INTERNAT
DE SAINT-DENIS

L'influence des événements actuels sur la Pathologie

INTRODUCTION

Les événements qui se sont déroulés depuis l'année 1939, en modifiant les conditions d'existence tant physiques que morales, ont apporté à la pathologie actuelle des modifications parfois profondes.

Il en a été ainsi au lendemain de tous les grands cataclysmes sociaux, particulièrement au lendemain des guerres.

Le Dr DELAFONTAINE, Médecin-Chef des services de médecine de l'Hôpital Saint-Denis a attiré notre attention sur ces faits, et nous en a proposé l'étude.

Qu'il nous soit permis de le remercier, ici, de l'aide et de la confiance qu'il nous a témoignées, non seulement pour la réalisation de ce travail, mais encore au cours de nos années d'internat dans son service.

Notre étude a porté exclusivement sur les malades des services de médecine de l'Hôpital de Saint-Denis. On ne s'étonnera donc pas de ne pas y voir figurer les modifications des maladies vénériennes par exemple, le service de syphiligraphie et de vénéréologie étant distinct des services de médecine.

Les services de médecine comprennent un service de médecine générale pour hommes de 47 lits et un service pour femmes comprenant 42 lits.

Un service de tuberculose pulmonaire ayant 30 lits chez les hommes et 20 lits chez les femmes.

Un pavillon d'isolement hospitalise les adultes atteints d'affections contagieuses et les enfants au-dessous de 15 ans.

Il existe, de plus, une consultation externe réservée aux anciens malades du service et aux malades de ville, envoyés en consultation auprès du D^r DELAFONTAINE.

Le recrutement de cet hôpital est à peu près exclusivement ouvrier.

Les malades hospitalisés appartiennent aux milieux sociaux dont les conditions d'existence ont été les plus modifiées par les événements actuels ; notamment, la ration alimentaire de ces sujets est, la plupart du temps, strictement limitée aux denrées obtenues par les cartes d'alimentation.

Cependant, dans ces milieux, un certain nombre de familles, par leur attache paysanne, n'ont pas eu encore trop à souffrir des restrictions alimentaires.

Les modifications pathologiques observées ont porté, avant tout, sur la tuberculose et sur les maladies dues à l'alcoolisme ; dans ces deux domaines elles sont d'une netteté indiscutable.

Les anémies, les amaigrissements, les œdèmes de dénutrition, les dysménorrhées, les engelures apportent, du moins par leur fréquence, des éléments nouveaux dans l'aspect de la pathologie actuelle.

Enfin, la fréquence et l'aspect des maladies infectieuses contagieuses aiguës ne semblent guère avoir été modifiés.

Le point de départ de notre travail a été fourni par des impressions. Il est évident que l'on ne pouvait s'en tenir là, et qu'il fallait avoir recours aux statistiques.

C'était l'écueil d'un tel travail.

Ces statistiques se heurtent souvent, dans leur établissement, à de grandes difficultés matérielles.

Nous pensons que ces statistiques n'ont de valeur réelle que si elles portent sur un très grand nombre de cas.

Mais nous pensons également que les chiffres, s'ils ne doivent pas être négligés, n'ont pas de valeur absolue. Ils nous serviront à étayer des impressions cliniques qui prennent à nos yeux beaucoup plus de valeur, parce que ces impressions sont plus sensibles, moins rigides, et en définitive souvent plus près de la réalité que les chiffres.

Il nous restait un autre moyen d'étudier la pathologie actuelle ; c'était de trouver des rapports entre les maladies plus fréquemment observées depuis la guerre et l'hygiène alimentaire. Les progrès faits ces dernières années dans l'étude des carences alimentaires et plus particulièrement des carences vitaminées, ne pouvaient que donner plus d'actualité à ce sujet. Il ne nous a pas été possible malheureusement de faire cette étude systématiquement. Aussi, nous contenterons-nous de donner les résultats de quelques

observations, sans pouvoir apporter de conclusions.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. RAOUL, Pharmacien-Chef de l'Hôpital Saint-Denis, Directeur de la Section de Biochimie à l'Institut des recherches d'Hygiène de Paris, de l'aide précieuse qu'il nous a apportée à ce sujet.

TUBERCULOSE

Il est habituel, lors des guerres et des grands cataclysmes sociaux, d'observer une recrudescence de la tuberculose, et une gravité particulière de cette affection.

Ces constatations avaient déjà été faites à l'occasion de la guerre de 1914-1918.

Depuis deux ans, de nombreux auteurs se sont préoccupés de cette question.

A la séance de la Société médicale des Hôpitaux du 30 mai 1941, A. RAVINA, Y. PECHER, M. BUCQUOY et C. PUJOL ont été frappés par l'importance et par la gravité des formes de tuberculose pulmonaire qu'ils ont observées depuis juin 1940.

A l'Académie de Médecine, en 1940, BEZANÇON, EVROT et MOINE, ont manifesté leur crainte de voir bientôt une recrudescence de la mortalité tuberculeuse en France.

COURCOUX à Paris, GERNEZ-RIEUS, DUTHOT, WAREMBOURG à Lille ont vu un nombre inusité d'adénopathies bacillaires anciennes évoluant sous forme d'adénites hypertrophiques souvent suppurées, coïncidant maintes fois avec des manifestations tuberculeuses pulmonaires graves.

RIST et AMEUILLE ont trouvé depuis quelques mois un nombre assez important de cas de tuberculose pulmonaire de réinfection à lésions plus rapidement évolutives que d'habitude et s'accompagnant d'adénopathies caséuses médiastinales volumineuses et étendues.

AMEUILLE insiste sur la fréquence actuelle des pneumonies caséuses mortelles en quelques mois.

ARMAND-DELLILE a observé plus de granulies chez les enfants qu'avant-guerre.

LEOBARDY à Limoges a vu se développer un plus grand nombre de tuberculoses bilatérales à évolution rapide, type phthisie galopante et aussi de pneumonies caséuses avec prompt excavation.

STILLMUNKES à Toulouse, a signalé l'accroissement chez les adultes des formes graves, granuliques, broncho-pneumoniques et même ulcéro-caséuses, évoluant vite, se bilatéralisant rapidement.

BRULÉ signale l'augmentation de fréquence et de gravité des tuberculoses des séreuses, pleurésies, polysérites, péritonites.

Et. BERNARD attire l'attention sur la fréquence des adénopathies tuberculeuses cervicales associées à des bacillooses pulmonaires.

BETHOUX à Grenoble constate de janvier à octobre 1941, 8 cas de méningite tuberculeuse chez des sujets de 17 à 50 ans. Ces sujets, de souche tuberculeuse, ne paraissaient pas avoir subi de surinfections exogènes massives. L'auteur rend responsable les restrictions qui ont diminué la résistance du terrain chez des sujets déjà atteints.

M. C. AUGUSTE et J. PARIS notent la fréquence actuelle de la méningite tuberculeuse chez l'adulte. Ils insistent sur le fait que la plupart des cas sont apparus chez des sujets apparemment guéris depuis longtemps d'une pleurésie ancienne et présentant tous les signes d'une santé floride.

A. RAVINA et ses collaborateurs ont été frappés du nombre des primo-infections et de leur gravité. Pour ces auteurs, ces primo-infections sont survenues chez des sujets transplantés depuis deux à trois ans de la campagne dans les grandes villes et seulement depuis les événements de mai-juin 1941.

RIST, au contraire, ne croit pas que les cas de tuberculose aient beaucoup augmenté en nombre. Il base son affirmation sur le dépistage systématique qu'il a pratiqué dans les grandes classes des lycées de Paris. Le nombre des cas de tuberculose dépistés ne dépasse pas, d'après cet auteur, le nombre des cas dépistés en 1940 et 1939.

MACQUET et A. BRETON, à la Société de Médecine du Nord, apportent des statistiques portant sur une population ouvrière de 41.000 âmes. Ils trouvent une augmentation globale de 70 % du nombre des tuberculoses. A leur avis, il y a une très faible progression du nombre des tuberculoses ouvertes, mais une poussée ascensionnelle considérable des primo-infections. Celles-ci sont plus malignes, plus tenaces, moins résolutives. Les formes extra-pulmonaires, pleurales ou ganglionnaires et les granulies se remarquent, d'après ces auteurs, par leur fréquence

inusitée et leurs aspects cliniques anormaux. La fonte caséuse brutale des lésions de type broncho-pneumonique, la bilatéralisation d'emblée, l'évolution écourtée sont les caractères à signaler au premier plan des formes actuelles. Les auteurs concluent par une note pessimiste pour l'avenir.

Ces mêmes auteurs insistent, dans une autre communication, sur la gravité toute particulière de la tuberculose rénale actuelle chez l'adulte. Ils la rapprochent de l'allure présente des tuberculoses pulmonaires.

SÉZARY constate que la dénutrition incontestable n'a augmenté ni le nombre, ni la gravité des cas de tuberculose cutanée.

Ch. et Fr. FLANDIN font les mêmes constatations. Ils notent d'autre part une augmentation certaine des cas de maladie de HODGKIN. Ces auteurs ont été également frappés par la fréquence relative des lupus érythémateux dont la nature tuberculeuse leur paraît prouvée par la constance des réactions positives à la tuberculine.

Il s'agit là d'observations faites dans des services hospitaliers ou centres de triage.

Marcel MOINE, statisticien du Comité national de la défense contre la tuberculose arrive aux mêmes conclusions.

La mortalité de la tuberculose de l'appareil respiratoire a augmenté, d'après Marcel MOINE, dans les six premiers mois de 1941 de 20,4 % et celle attribuée aux formes de tuberculose viscérale autres

que pulmonaires de 30,4 %, comparativement à la moyenne des six premiers mois de 1939.

Jean QUIVY étudiant des statistiques, portant sur des examens radiologiques dans un dispensaire mutualiste d'assurés sociaux, trouve que le nombre des examens positifs est passé de 25 % en 1939 à 35 % en 1941. Il montre que ces résultats positifs sont beaucoup plus nombreux chez les sujets de 11 à 20 ans. Mais surtout, sur cent dépistages, il trouve trente-six formes graves au lieu de trente, soit un accroissement de 20 %.

Nous devons à la bienveillance de M. le D^r SCHRAPE, Médecin assistant de l'Hôpital de Saint-Denis, Directeur du Bureau municipal d'Hygiène de cette ville, des statistiques sur la morbidité de l'agglomération dyonisienne.

En 1941, sur 1.142 décès on trouve une mortalité tuberculeuse de 195, soit de 2,9 pour ‰ (au lieu de 1,45 pour toute la France en 1938 et de 2,14 pour Paris en 1941.

Que faut-il conclure de toutes ces observations ?

L'augmentation du nombre de cas de tuberculose, quoique discutée, semble admise par tous les auteurs. Mais il ressort surtout de ces observations que la fréquence des formes graves est plus importante.

Parmi ces formes, les auteurs ont insisté sur les formes suraiguës, les broncho-pneumonies tuberculeuses, les formes rapidement évolutives, à généralisation rapide.

Le nombre des bacillooses viscérales et des bacillooses externes subirait la même évolution.

* * *

Nous allons voir comment l'étude de la morbidité des services de médecine de l'Hôpital de Saint-Denis, peut contribuer à confirmer ces observations.

Comme nous l'avons dit, l'Hôpital de Saint-Denis comporte deux services de bacillaires pour adultes : un service de femmes comptant 20 lits, et un service d'hommes comptant 29 lits. Il existe de plus un service d'isolement, où sont hospitalisés les bacillooses chez les sujets de moins de quinze ans.

Notre étude a porté sur les malades hospitalisés d'une part, de juillet 1937 à la fin d'août 1939 et d'autre part, du mois d'août 1940 à juillet 1942.

Le service de bacillrose pulmonaire hommes, a été fermé avant la guerre d'une façon épisodique pour des raisons matérielles.

Un autre facteur important est à retenir pour juger exactement de la valeur de ces statistiques.

Après juin 1940, et pendant de longs mois, l'Hôpital de Saint-Denis a vu le nombre total des hospitalisés sensiblement diminuer par rapport à l'avant-guerre.

La raison sans doute, est due à la lenteur avec laquelle se sont faits les retours de l'exode d'une part, et d'autre part, à l'émigration d'une partie de la population ouvrière vers les campagnes.

Au point de vue du chiffre global des tuberculoses pulmonaires, notre étude n'a pas montré de modifications sensibles.

C'est ainsi que dans le service « femmes », il a été hospitalisé 102 tuberculoses pulmonaires de juillet 1940 à juillet 1942, contre 105 de juillet 1937 à juillet 1939.

Dans le service « hommes », le chiffre est de 133 pour la même période d'après-guerre contre 101 pour la même période d'avant guerre.

Dans le service « enfants », 15 tuberculoses pulmonaires ont été observées avant-guerre et 12 après-guerre, dont 4 granulies.

Nous pouvons donc déjà conclure de ces premiers chiffres que la tuberculose pulmonaire n'a pas augmenté de fréquence à l'Hôpital de Saint-Denis.

Signalons toutefois que le nombre des tuberculoses pulmonaires, chez les hommes, est allé en augmentant dans l'année 1942 et plus particulièrement dans ces derniers mois. Il semble donc que la fréquence a une tendance très nette à l'augmentation.

Voyons ce qu'il en est pour les autres affections tuberculeuses :

On compte 16 pleurésies séro-fibrineuses avant-guerre dans le service « femmes » contre 23 après-guerre.

Dans le service « hommes » l'augmentation est minime. Le chiffre passe seulement de 15 à 17.

Dans le service « enfants » par contre, il double et

l'on a observé 14 pleurésies séro-fibrineuses depuis juin 1940 contre 7 avant-guerre.

Dans ce même service, le nombre des primo-infections est passé de 10 à 15.

Et le nombre des méningites tuberculeuses de 8 à 11.

Dans les services d'adultes, la méningite tuberculeuse n'a pas été observée avec plus de fréquence.

Il en est de même pour les péritonites tuberculeuses.

Par contre, il est absolument certain que le nombre des adénopathies bacillaires a considérablement augmenté. Nous avons observé soit des poussées évolutives sur des adénopathies anciennes, soit l'apparition d'adénopathies importantes chez des sujets atteints de lésions pulmonaires importantes.

En dehors des malades hospitalisés, il nous a été permis de suivre l'évolution des tuberculoses pulmonaires à la consultation externe pratiquée par le Dr DE-LAFONTAINE.

Depuis juin 1940, nous avons eu l'occasion de voir et de dépister un nombre beaucoup plus important de tuberculoses pulmonaires.

Ces observations portent sur un nombre de cas trop restreint pour prendre une valeur absolue.

Cependant, l'impression que nous avons eue de l'augmentation de la fréquence des tuberculoses pulmonaires semble réelle. Mais il est juste de reconnaître qu'elle n'est pas le caractère dominant de l'évolution de cette maladie.

L'augmentation de la gravité de la tuberculose pulmonaire semble être le fait à retenir.

De juin 1940 à juillet 1942, nous avons pu dépouiller dans le service « femmes » 70 dossiers.

Nous avons constaté une mortalité s'élevant à 40.

Sur ces 70 tuberculoses pulmonaires, nous avons dénombré 60 tuberculoses ulcéro-caséuses évolutives dont 33 tuberculoses pulmonaires bilatérales.

4 ont présenté des formes de tuberculose miliaire et 2 des formes granuliques.

Dans le service « hommes » nous avons dépouillé 100 dossiers. La mortalité s'est élevée à 63.

Le nombre des tuberculoses ulcéro-caséuses est de 82, dont 66 tuberculoses bilatérales, 8 tuberculoses miliaires et 5 granulies ont été constatées.

Nous voyons donc le nombre considérable des formes graves.

Les formes broncho-pneumoniques nous ont semblé les plus fréquentes.

Plus intéressantes encore que les formes anatomiques sont les formes évolutives.

L'évolution a été presque toujours extrêmement rapide, trois à quatre mois au plus.

On a souvent assisté à des formes se bilatéralisant rapidement.

C'est la gravité d'emblée des tuberculoses actuelles qui nous semble le fait le plus saillant.

Nous avons souvent vu des malades dont le début de l'affection ne remontait qu'à un mois, souvent 15 jours et qui présentaient à l'arrivée, des lésions

ulcéro-caséeuses des deux poumons dont l'évolution se faisait très rapidement en un mois au plus. On ne notait fréquemment chez ces sujets aucun antécédent personnel. Ces formes évolutives ont été observées avec plus de fréquence chez les hommes. Il n'est pas inutile de souligner les caractères de ces formes évolutives par quelques observations.

OBSERVATION I.

M. B..., 62 ans, exerce la profession de manœuvre. On ne note chez lui aucun antécédent ni personnel ni familial.

C'est seulement trois semaines avant son entrée qu'il commence à accuser des troubles tels que de l'anorexie, des sueurs nocturnes, une toux opiniâtre avec expectoration muco-purulente et une température oscillant entre 38 et 39°.

Le malade n'a interrompu son travail que 15 jours avant son entrée à l'hôpital.

Il entre le 8 avril 1941 et présente un mauvais état général, un amaigrissement important, remontant à quelques mois seulement.

L'expectoration muco-purulente est abondante contenant des B. K. à l'examen direct. La radiographie montre des lésions ulcéro-caséeuses étendues aux deux champs pulmonaires, réalisant une véritable broncho-pneumonie tuberculeuse.

Le malade meurt le 27 avril 1941.

Nous voyons par cette première observation la rapidité de l'évolution et surtout la brusquerie de l'appa-

rition de la maladie. Sans doute, le début réel de l'affection est plus ancien ; mais on ne peut s'empêcher d'être frappé à la vue d'un tel malade et de l'image radiologique, par le fait qu'un mois avant, le malade exerçait un métier aussi rude que celui de manœuvre et qu'il ne présentait aucun symptôme qui ait pu l'alarmer.

OBSERVATION II.

M. J. E..., 39 ans, manœuvre, entre à l'hôpital de Saint-Denis le 25 février 1941, pour une asthénie marquée, et un amaigrissement de 8 kilos en un mois.

Il n'a interrompu son travail que quinze jours auparavant.

Il ne présente aucun antécédent ni personnel ni familial.

On se trouve en présence d'un malade asthénisé, amaigri, présentant des poussées thermiques de 38,5/39. La toux est modérée, l'expectoration nulle.

La radiographie montre des lésions ulcéro-caséuses bilatérales très étendues ; le malade meurt le 4 avril 1942.

OBSERVATION III.

F. J..., 37 ans, *terrassier*, entre dans le service, le 6 mars 1942.

Il a été obligé d'interrompre son travail à la fin du mois de février.

Il n'a jamais été malade jusqu'à il y a un mois où il a présenté une laryngite.

Depuis deux mois il a constaté un amaigrissement de 15 kilos.

On ne note pas d'autres antécédents.

Le malade présente un très mauvais état général. La température oscille entre 38 et 40°. L'expectoration est modérée avec présence de B. K.

La radiographie montre des deux côtés des petits nodules, réalisant une image en mie de pain typique.

L'état général va en s'aggravant, le malade meurt le 18 avril 1942.

OBSERVATION IV.

M. E..., 32 ans, *manœuvre*, entre dans le service le 27 mai 1941.

Il a consulté un médecin pour la première fois il y a un mois pour un malaise survenu au cours de son travail.

Depuis deux mois il a maigri de 8 kilos.

La toux et l'expectoration sont modérées.

La température se maintient entre 38 et 39°.

Depuis 15 jours le malade accuse des douleurs abdominales avec diarrhées.

A son entrée, le malade est très amaigri, la température est à 39°5.

L'abdomen est légèrement augmenté de volume, très douloureux. Il existe une ascite modérée.

La radiographie montre une infiltration discrète au sommet gauche.

On décèle des B. K. dans l'expectoration. L'état général va en s'aggravant.

Les lésions pulmonaires s'étendent rapidement et se bilatéralisent. Le malade meurt dans un état cachectique le 6 juillet 1941.

Ces observations nous semblent particulièrement démonstratives et elles ne sont pas isolées.

Nous avons recherché des faits analogues dans les observations des malades recueillies pendant les années qui ont précédé la guerre et nous avons trouvé qu'ils étaient exceptionnels.

* * *

Il nous reste à envisager les raisons de cette évolution de la tuberculose vers des formes plus rapidement évolutives et vers des formes graves d'emblées.

La raison la plus souvent invoquée et à laquelle on pense en premier lieu est, évidemment, la sous-alimentation.

Déjà, lors de la guerre 1914-1918, la question du rapport de la tuberculose et de la sous-alimentation avait été étudiée.

Dès auteurs allemands comme RANKE à Munich, KIEFFER à Mannheim, observaient une fréquence anormale de tuberculoses pulmonaires d'une grande malignité évoluant rapidement.

Cette augmentation de la morbidité avait commencé en 1916, pour s'accroître jusqu'en 1919-20, date à laquelle la population eut moins à souffrir de la sous-alimentation. Il est évident que ces faits se sont produits sous l'influence des mauvaises conditions de vie dont les populations ont plus ou moins souffert pendant la guerre de 1914-1918.

Selon la plupart des auteurs, de toutes ces condi-

tions, c'est la sous-alimentation qui est la grande responsable.

Cependant, REDEKER et BRAEUNG ont soutenu l'importance du rôle des conditions favorables à la contagion bacillaire.

Pour la grande majorité de la population ouvrière de Saint-Denis, la ration alimentaire est actuellement nettement inférieure à la ration normale d'entretien de 2.600 calories.

C'est le cas du plus grand nombre des malades ayant présenté des tuberculoses graves, rapidement évolutives.

Il faut également tenir compte du fait que certains sujets ont été appelés à fournir un travail auquel ils n'étaient pas habitués.

Après 1918, les auteurs allemands avaient déjà insisté sur le facteur travail en montrant que la morbidité était plus élevée chez les femmes et les adolescents. Ce phénomène était, comme l'a montré E. ARNOULT (*Presse médicale* du 14 janvier 1941 « Sous-alimentation et tuberculose »), la conséquence de l'appel inusité fait à la main-d'œuvre féminine pendant la guerre.

Cette disproportion entre la morbidité tuberculeuse chez la femme et chez l'homme n'a pas été constatée à Saint-Denis.

Pour A. RAVINA et ses collaborateurs, l'insuffisance de l'alimentation paraît constituer le facteur principal. Il n'est certainement pas le seul.

Nous avons déjà vu le surmenage qui peut être consi-

déré comme intimement lié à la question de la sous-alimentation, car il est évident que le « travail physique aggrave la sous-alimentation et par suite ses effets ».

Mais, comme l'avaient montré des auteurs allemands, il faut également tenir compte du rôle des conditions favorables à la contagion.

Ces conditions ont été particulièrement accrues du fait de la guerre.

La retraite des armées et l'exode des populations a favorisé la contagion bacillaire.

Pour A. RAVINA, il ne faut pas oublier les conditions morales de cette retraite et de cet exode.

« Il ne paraît pas douteux que ces conditions n'aient provoqué un très grand nombre de réveils de tuberculose, soit de début de cette maladie. Les facteurs moraux invoqués déjà par LAENNEC, ont paru à ces auteurs, jouer un rôle très important. Beaucoup de leurs malades se sont trouvés arrachés à leur pays natal, transplantés dans d'autres régions, séparés de leur famille, placés dans des situations particulièrement pénibles ».

Ces auteurs pensent que l'on peut également attribuer une responsabilité aux incorporations comme militaires, ou comme travailleurs civils, d'un grand nombre d'anciens tuberculeux considérés comme guéris, ou des sujets jeunes insuffisamment examinés au point de vue médical.

Enfin, une cause favorisante nous semble encore devoir être signalée : l'absence du chauffage, coïncidant avec des hivers particulièrement rigoureux.

De notre enquête personnelle, il ressort que c'est certainement à la sous-alimentation qu'il faut attribuer le plus souvent, la gravité actuelle de la tuberculose.

Il est bien difficile de préciser quels sont les aliments dont l'absence a été la plus importante.

N. FIESSINGER, étudiant l'alimentation des fermiers du Jura, qui n'est modifiée par rapport à l'avant-guerre que par la diminution de la ration de pain, pense que c'est là qu'il faut rechercher la cause de l'état d'anergie, diminuant la résistance aux infections en général et à la tuberculose en particulier.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons conclure que la gravité de la tuberculose actuelle est due d'une part à l'affaiblissement du terrain par la sous-alimentation surtout, le surmenage et la vague de froid des hivers derniers, d'autre part, à l'augmentation des causes de surinfections exogènes, en rapport avec l'exode, la retraite, et l'aggravation des mauvaises conditions d'hygiène individuelle et collective.

MALADIES DUES A L'ALCOOLISME

Si, comme nous venons de le voir, la situation actuelle permet d'envisager l'évolution de la pathologie d'une manière pessimiste, nous trouverons une raison d'optimisme dans la régression des maladies dues à l'alcoolisme.

Le problème de l'alcoolisme était déjà avant-guerre, un sujet de préoccupation des milieux médicaux et des pouvoirs publics.

Devant l'étendue que prenait ce fléau social, de nombreuses mesures étaient envisagées dont l'efficacité semblait douteuse.

Dans une ville comme Saint-Denis et dans un centre hospitalier comme celui de cette cité, les effets de l'alcoolisme étaient particulièrement sensibles.

D'une part, le nombre des maladies dues à l'alcoolisme était très élevé, aussi bien dans les salles des malades « hommes » que dans les salles des malades « femmes ».

D'autre part, l'alcoolisme avait une influence aggravante très nette sur de nombreuses infections aiguës et sur la tuberculose pulmonaire.

Comme l'ont fait remarquer MM. PH. PAGNIEZ et

A. PLICHET « cet inquiétant problème a trouvé dans les événements une solution inattendue, à tout le moins, une solution temporaire ».

Les médecins n'ont pas été sans constater l'importante diminution des accidents alcooliques.

MM. PH. PAGNIEZ et A. PLICHET, à l'Académie de Médecine, ont apporté des « documents statistiques mesurant la diminution des accidents délirants alcooliques sous la limitation actuelle de consommation des boissons alcoolisées ».

Leur statistique porte sur le service d'agités de l'Hôpital Saint-Antoine.

Pendant les trois années qui ont précédé la guerre, les auteurs ont assisté à l'augmentation du pourcentage des alcooliques qui est passé de 55,29 pour cent à 65,60 pour cent pour les hommes, de 21,81 pour cent à 22,60 pour cent pour les femmes.

C'est aux environs du mois de juin 1941 que le vin a commencé à se raréfier à Paris et c'est au mois de juillet de cette même année qu'a été établie la carte, réduisant dans de notables proportions la quantité allouée par semaine à chaque personne. Les stocks et les réserves particulières sont allés peu à peu en diminuant.

Dans le service de M. PAGNIEZ, sur 274 malades, dont 159 hommes reçus dans les six premiers mois de l'année 1941, on a trouvé 67 hommes alcooliques, soit 42,13 % et 23 femmes alcooliques soit 20 %.

Pendant les six derniers mois sur les 189 malades, dont 86 hommes reçus, on ne trouve plus que

21 hommes alcooliques, soit 24,41 % et 8 femmes alcooliques, soit 7,86 %.

Ces auteurs montrent que pendant les deux premiers mois de 1942, cette réduction persiste et même s'accroît.

Nous pouvons apporter une confirmation à ces observations.

Pour ce qui concerne les accidents délirants, nous n'avons porté notre étude que sur le service d'hommes de l'Hôpital de Saint-Denis.

Dans ce service, de juin 1937 à août 1939, nous avons trouvé 24 delirium tremens et agitations délirantes simples.

Depuis septembre 1940, jusqu'à ces derniers mois, 8 accidents délirants alcooliques ont été constatés.

Mais cette diminution n'a pas porté seulement sur les accidents mentaux de l'alcoolisme :

Dans le service femmes, pour la période d'avant-guerre que nous avons choisie pour étude, il a été hospitalisé 56 cirrhoses alcooliques du foie ; 25 seulement ont été hospitalisées pour la période correspondante d'après-guerre.

Dans le service hommes, les chiffres sont aussi démonstratifs : 45 cirrhoses alcooliques avant-guerre contre 14 après-guerre.

L'évolution est la même pour les polynévrites éthyliques.

On note 22 polynévrites dans le service femmes

avant les restrictions et 5 après ; dans le service hommes, 14 contre 1.

Rien ne nous paraît plus démonstratif que ces chiffres et la rapidité avec laquelle les maladies dues à l'alcoolisme se sont raréfiées, mérite d'être soulignée. .

Il nous faut remarquer de plus, que les cirrhoses et les polynévrites observées après-guerre l'ont été presque entièrement pendant l'année 1941.

Alors que dans chaque service de médecine de l'Hôpital de Saint-Denis on trouvait toujours, avant les hostilités, quatre ou cinq malades atteints de cirrhose éthylique, actuellement cette maladie est devenue une rareté.

Devant de tels chiffres, on peut avancer avec MM. PAGNIEZ et PLICHET que « c'est là un argument qui nous paraît péremptoire pour le maintien ultérieur, quelles que soient les circonstances, d'une réglementation des boissons alcoolisées ».

LES ŒDÈMES DE CARENCE LES AMAIGRISSEMENTS LES ENGELURES. LES DYSMÉNORRHÉES

Déjà avant-guerre et particulièrement à l'issue au conflit mondial de 1914-1918, la question des œdèmes par carences alimentaires avait été étudiée sous le nom d'œdèmes de famine, d'hydropisies épidémiques, d'œdèmes de guerre.

Actuellement, les publications sont nombreuses qui traitent de ces œdèmes. MM. GUY-LAROCHE, E. BOMPARD et J. TRÉMOLLIÈRES à la Société médicale des Hôpitaux de Paris du 11 juillet 1941 publient huit cas d'œdème chez des miséreux soumis à une alimentation précaire.

M. GOUNELLE a observé de nombreux cas d'œdème de dénutrition dans les hôpitaux psychiatriques.

LE BOURDELLES en a noté de nombreux cas dans un camp de prisonniers.

G. CARRIÈRE, C. AUGUSTE et G. HEUYER, à leur tour publient des observations de ce syndrome.

Pour ces auteurs, ce syndrome se caractérise au point de vue clinique par un amaigrissement continu et progressif pouvant atteindre 18 à 20 kilos.

Des phénomènes diarrhéiques accompagnent fréquemment cette diminution de poids.

On ne note pas d'anomalie neurologique.

Les œdèmes se constituent progressivement en une dizaine de jours.

C'est un œdème mou, blanc, avec des troubles vaso-moteurs souvent prononcés. Cet œdème peut rester discret, mais il peut également revêtir l'aspect de l'anasarque.

Le décubitus et la réalimentation, sans autre traitement amènent la disparition de l'œdème après une crise urinaire.

L'hypothermie est habituelle.

On ne note aucune atteinte cardiaque, rénale ou hépatique. L'urée sanguine est souvent basse.

Tous les auteurs ont trouvé que la ration alimentaire de ces sujets était diminuée au point de vue quantitatif. Presque tous sont d'accord pour rejeter l'hypothèse d'une avitaminose. Ils ont remarqué l'inefficacité des thérapeutiques vitaminées et la bienfaisance du simple repos et de l'amélioration du régime.

Et ils concluent que les œdèmes par carence sont dus à une carence d'apport protidique surtout d'origine animale.

Il nous faut bien dire que depuis la fin de la guerre, il ne nous a pas été donné d'observer des cas typiques d'œdème par carence, tels que les ont décrits ces auteurs.

Il nous est arrivé cependant de constater de légers œdèmes chez des sujets entrant à l'hôpital de Saint-

Denis dans un grand état de misère physiologique. Les phénomènes diarrhéiques ont presque toujours manqué.

L'hypothermie nous a paru par contre très fréquente.

Ces sujets recevaient une alimentation presque exclusivement végétarienne.

Ces œdèmes ont disparu par simple repos de quelques jours et par un régime normal.

Il semble donc que nous puissions rattacher ces cas au syndrome d'« œdème par carence ».

La fréquence des amaigrissements importants et indépendants d'une affection cachectisante est certainement un des faits actuels les plus frappants.

Cet amaigrissement peut atteindre chez certains sujets vingt à trente kilos et même plus chez certains obèses. Nous avons eu l'occasion d'en observer un grand nombre.

Nous avons constaté que ces amaigrissements étaient plus fréquents chez les hommes, sans pouvoir donner de ce fait une explication valable.

L'amaigrissement survenant chez de gros mangeurs peut n'être occasionné que par la diminution de la ration quantitative. Comme nous l'avons dit, ce régime forcé est, pour certains, sans qu'ils veuillent le reconnaître, une cause de mieux-être. Chez d'autres sujets, la cause est bien difficile à donner.

Pour N. FIESSINGER, cette cause réside dans les qualités du pain livré actuellement à la consommation.

« Pour le Français, le pain constitue la base de l'alimentation ; or, le pain a perdu par le blutage 26 % de sa charge en hydrates de carbone et, sans tenir compte de l'abaissement considérable du pourcentage en farine de froment, il suffit d'ajouter à cette déperdition en qualité la diminution en quantité du rationnement, pour constater que ce qui manque chaque jour en hydrates de carbone au travailleur de force correspond au chiffre approximatif de 1 kgr. 500 de pommes de terre ; il est difficile de combler un pareil déficit avec les autres hydrates de carbone de l'alimentation ».

M. Ch. RICHET reconnaît deux facteurs importants d'amaigrissement : l'excès de cellulose dont on consomme relativement deux fois plus qu'en temps normal, et la suppression des sauces, de l'huile, du fromage que l'on ajoutait aux aliments.

Quelles que soient les causes de ces amaigrissements, il nous a paru intéressant de signaler leur fréquence dans un tableau de l'évolution de la pathologie actuelle.

Parmi les troubles observés avec fréquence, les dysménorrhées méritent d'être signalées. Cette question a déjà fait l'objet de nombreuses discussions, notamment à la Société française de Gynécologie. Mais, ce qui semble surtout avoir été remarqué, ce sont les aménorrhées. Il nous paraît que le terme de dysménorrhée convient mieux. Si nous avons surtout observé des aménorrhées, nous avons également

constaté avec une fréquence plus grande qu'avant-guerre, des ménorragies.

Il faut évidemment éliminer de ce cadre les cas où les dysménorrhées peuvent être attribuées à l'évolution d'une affection pelvienne ou générale.

L'arrêt de la menstruation ne s'accompagne d'aucun symptôme dans la majorité des cas.

Signalons tout de suite la fréquence de l'association des engelures et des aménorrhées. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Ces aménorrhées s'accompagnent le plus souvent d'une atteinte de l'état général. Enfin, il nous a semblé qu'elles survenaient principalement chez des femmes particulièrement sous-alimentées.

Ces constatations avaient déjà été faites par des gynécologues allemands, en 1917-1918.

Pour MM. GUY-LAROCHE, Et. BOMPARD et TRÉMOLLIÈRES, trois facteurs paraissent déterminants : les chocs émotionnels, le surmenage et l'insuffisance alimentaire. Ces facteurs peuvent exister en temps habituel. Mais il est évident que la guerre les associe et les majore.

Nous avons remarqué que le traitement hormonal ne donnait guère de résultat. Le pronostic est en règle, bénin. Souvent le rétablissement de la menstruation suit de peu l'amélioration des conditions d'existence.

M. Maurice FABRE, pense que les facteurs d'ordre psychique sont dominants, car il observe autant d'aménorrhées chez des femmes de la campagne bien nourries, que chez les citadines.

M. ULRICH croît au rôle dominant de la carence en matières grasses.

M. JAYLE émet l'hypothèse d'une influence cosmique.

Quoi qu'il en soit, les dysménorrhées et plus particulièrement les aménorrhées ont été observées avec une fréquence accrue depuis les événements de juin 1940.

Parmi les causes de cet état, il faut retenir en premier lieu, les facteurs psychiques et neuro-végétatifs, le surmenage et l'état de carence alimentaire.

Depuis octobre 1941, tout le monde a été frappé du développement inusité d'une affection banale : les engelures.

Nous en avons constaté un nombre considérable, tant chez les malades hospitalisés que chez les malades des consultations externes. Cette affection, en effet, a pris une importance telle par l'intensité, l'étendue et le caractère des phénomènes réactionnels, que beaucoup de sujets sont venus consulter et même ont été hospitalisés.

Nous avons d'abord remarqué l'apparition d'engelures chez des personnes qui n'en avaient jamais été atteintes.

Les femmes ont été frappées plus fréquemment. Nous avons constaté souvent chez les jeunes filles, des troubles des règles associés sous forme d'aménorrhées.

Beaucoup de nos malades n'exerçaient pas de pro-

fession particulièrement favorisante (contact avec l'eau).

Ce qui nous a le plus frappé, c'est l'intensité de ces engelures.

L'aspect des mains se rapproche de celui de l'acrocyanose, de l'érythromégalie et de la maladie de Raynaud. Il semble donc que chez certains, comme le fait remarquer Francis BORDET « tout se passe comme si le processus vasculaire ne se limitait pas à la simple capillarité thrombosante qui est à la base des engelures, mais intéressait le système artériel ».

Nous avons fréquemment remarqué des lésions des phanères : ongles cassants, cannelés. Aux membres inférieurs, les engelures s'accompagnent d'œdème envahissant toute la jambe. C'est un œdème dur, de teinte rose violacé avec des taches ecchymotiques.

Quelle est la cause de ces troubles ?

L'idée qui vient immédiatement est celle d'attribuer la responsabilité au froid, devant la rigueur des deux derniers hivers.

On peut remarquer que l'hiver 1939-1940 a été aussi rigoureux que les deux hivers derniers.

Il faut plutôt parler alors du manque de protection contre le froid.

Cette explication, si satisfaisante soit-elle, ne semble pas absolument complète. Elle ne donne pas la « raison de la susceptibilité au froid de ces systèmes vasomoteurs, qui, jusqu'alors, s'étaient montrés moins fragiles ».

D'autre part, les engelures se sont prolongées fort

tard après l'hiver et nous en avons constaté qui n'avaient pas disparu pendant l'été.

On a alors invoqué les carences alimentaires.

Il semble que, comme pour les aménorrhées, ce facteur soit à retenir pour une part. Il est certain qu'il est bien difficile de conclure.

SÉZARY, avec la majorité des dermatologistes, n'est pas favorable à cette dernière hypothèse pathogénique.

Cet auteur rappelle que les engelures ont déjà été signalées en 1891, par SABRAZÈS et DUBREUIL, année où comme en 1940, les froids ont été précoces, mais où l'on ne peut invoquer une éventuelle avitaminose.

SÉZARY incrimine avant tout le froid et le manque de protection contre le froid. Mais il se demande, avec beaucoup d'autres, s'il existe un facteur prédisposant constitutionnel ou endocrinien ?

FRANCIS BORDET, BROUGNARD et VOLKRINGER croient à l'intervention d'un agent vaso-constrictif. Ils pensent qu'il y a peut-être un apport de substances constrictives en trop grande abondance dans le pain. Cet agent constricteur serait l'ergot de seigle. « On peut se demander si, à côté du grand ergotisme il n'y aurait pas un ergotisme larvé susceptible de créer ou d'exagérer, puis d'entretenir un état d'hyperéfectivité vaso-motrice ».

Il semble difficile dans l'état actuel de nos connaissances, de porter une conclusion et de donner une réponse à ces problèmes pathogéniques.

LES ANÉMIES

Les anémies pernicieuses dites anémies de BIERMER, affection assez rare ordinairement, nous ont semblé plus fréquentes depuis quelque temps.

Les chiffres sont venus étayer nos impressions.

Alors que, avant-guerre, de juillet 1937 à août 1939 nous avons trouvé dans les observations de l'Hôpital de Saint-Denis, quatre anémies de BIERMER, une chez les femmes et trois chez les hommes, depuis août 1940 nous avons constaté quatorze anémies pernicieuses dont dix chez les femmes et quatre chez les hommes.

Nous nous sommes demandés alors si cette fréquence n'était pas en rapport avec les conditions alimentaires actuelles.

La plupart de nos malades ne nous ont pas paru spécialement carencés, tout au moins quantitativement.

Sans vouloir tenter de donner une explication de la fréquence actuelle des anémies pernicieuses, il nous a paru intéressant de rechercher, chez quelques-uns de ces malades, si il existait un certain degré de carence vitaminée, biochimiquement décelable. M. Y. RAOUL a bien voulu nous aider de sa grande expérience sur ce sujet.

OBSERVATION V.

M^{me} C. Lucie, 68 ans, entre dans le service de médecine le 7 septembre 1941, pour une anémie intense. Cette anémie est évidente cliniquement.

L'examen clinique ne révèle absolument aucun autre signe. Il n'y a pas eu d'hémorragie.

Hémoglobine	36 %
Globules rouges	1.260.000
Valeur globulaire	1,42
Globules blancs	2.700

Hématies nucléées ainsi réparties :

1 mégalo-blaste,
2,5 normoblastes.

Anisocytose très intense : mégalo-cytes, macrocytes, microcytes.

Poikilocytose très marquée : grande déformation des microcytes et prédominance de l'ovalocytose pour les macrocytes.

Anisochronie. Polychromatophilie.

Il a été vu sur une lame, un normoblaste avec corps de Jolly, des mégalo-cytes basophiles.

Le myélogramme a précisé la nature de l'anémie.

Après quinze jours d'un traitement par un extrait hépatique (CAMPOLON et FICARMONE), les globules rouges sont à 2.246.000 et l'on note une poussée éosinophilique importante (8,5 %).

A sa sortie, la malade très améliorée cliniquement, a un taux de globules rouges de 3.476.000.

Nous avons pratiqué chez cette malade des dosages de vitamines dans le sang.

La vitamine A a été dosée par la méthode colorimétrique de CARR et PRICE ; avec la technique de M. Y. RAOUL et M. JANOT. Nous avons trouvé 50, 51 U. I. par 100 cc. de plasma.

Pour MM. P. MEUNIER et Y. RAOUL on considère comme carencés les taux inférieurs à 70 U. I. pour 100 cc. de plasma.

Le taux de carotène était de 32,38 γ %, alors que les taux normaux sont de 70 à 100 γ de carotène pour 100 cc. de plasma.

La vitamine C. a été dosée par la méthode de colorimétrie cinétique.

Il n'en a pas été trouvé de traces.

MM. P. MEUNIER et Y. RAOUL trouvent que chez des sujets d'alimentation variée, contrôlée, on trouve parfois 6 à 8 mmg. par litre, mais les chiffres les plus fréquents sont de 1 à 2 mgr.

La vitamine P. P. a été dosée par la méthode chimique technique de M. Y. RAOUL et M^{lle} O. CRÉPY.

Sur le sang total on trouve 686 γ % et sur les globules 1.838 γ %.

Dans cette méthode, les valeurs normales d'acide nicotinique sanguin oscillent autour de 600 à 700 γ par cc.

Le phosphore minéral et le phosphore libéré par les phosphatases ont été dosés par la technique de M. Y. RAOUL et M^{lle} A. VINET.

Le phosphore minéral étant de 39 γ par centimètre cube et le phosphore libéré par les phosphatases de 1,98 unités Bodansky. (L'unité Bodansky s'exprime par le nombre de milligrammes de phosphore libérés par 100 cc. de plasma

ou de sérum agissant pendant une heure à 38° sur un substrat renfermant un large excès de β glycérophosphate de sodium à pH 8). Le taux normal varie entre 1 et 2 unités Bodansky.

De ces différents examens, il ressort qu'il existe une carence très nette en facteurs A et C.

OBSERVATION VI.

M^{me} D..., âgée de 62 ans, entre dans le service le 23 mars 1942, pour une anémie intense.

Tous les examens pratiqués font rejeter l'hypothèse d'une anémie symptomatique.

L'examen hématologique montre :

Hémoglobine	53 %
Globules rouges	1.780.000
Valeur globulaire	1,46
Globules blancs	5.500

Anisocytose très importante ; assez nombreux mégalo-
cytes.

Macro-normo-microcytose.

Poikilocytose assez importante.

Légère polychromatophilie.

Le myélogramme confirme cette anémie :

Polynucléaires neutrophiles	27
— éosinophile	0
Basophile.....	0
Métamyélocytes neutrophiles	11
— éosinophile	0
— basophile	0

Myélocytes	neutrophiles	7
—	éosinophile	0
—	basophile	0
Promyélocytes		1,3
Myéloblastes		0,3
Lymphocytes		11,5
Lymphoblastes		0,5
Monocytes		3
Monoblastes		0,3
Proérythroblastes		0,1
Erythroblastes	basophiles	7,5
—	polychromatophiles	3
—	ortho chromatophiles	11,5
Mégaloblastes		9,5
Promyégaloblastes		0,3
Hémocytoblastes		0,3
Plasmocytes		4,4
Cellules réticulo-endothéliales		1
Noyaux libres		0,5

Anisocytose très intense ; assez nombreux mégalocytes.
Prédominance des macrocytes, quelques microcytes.

Quelques mégaloblastes en mitose.

Poikilocytose assez importante.

Légère polychromatophilie.

Pendant huit jours la malade reçoit deux injections sous-cutanées par jour d'acide nicotinique.

Le 9 avril, le taux des globules rouges est de 1.798.000.

Il n'y a ni poussée réticulocytaire, ni poussée éosino-philique.

La malade reçoit alors pendant huit jours 0 gr. 70 de

vitamine C. Le 21 avril, le taux des globules rouges est de 1.272.000.

On essaie de donner à la malade de l'autolysat de levure. Mais il y a intolérance.

Le 24 avril, on commence à prescrire de l'extrait hépatique.

Devant la pénurie de ces produits on essaye un extrait hépatique préparé par CHOAY , intéressant par son activité anti-anémique malgré sa faible teneur en foie. En effet, une ampoule d'un cc. contient 1 gr. d'extrait ou de foie desséché, équivalent à 3 gr. de foie frais.

Le 5 mai, le taux des G. R. est de 2.112.000. Mais il n'existe pas de poussées réticulocytaires, ni de poussées éosinophiliques.

La malade sort le 10 octobre avec 4.312.000 G. R.

Nous n'avons pas pu pratiquer de dosages de vitamines A.

Il n'a pas été trouvé de vitamines C.

Les dosages des vitamines P. P. ont montré :

Sang total	286 γ %
Pour les globules	1.086 γ %

Phosphore minéral, 48 γ %

Phosphore libéré par les phosphatases, 3,78 unités.
Bodansky.

OBSERVATION VII.

M. C. Louise, 55 ans, entre dans le service le 12 octobre 1942 pour une anémie dont le début semble remonter à quatre mois.

L'examen hématologique montre :

Hémoglobine	38 %
Globules rouges	1.222.000
Valeur globulaire	1,55
Globules blancs	4.300

Vu sur une lame :

Un noyau libre, quatre hématies nucléées (pour 300 leucocytes) dont deux avec noyaux anormaux :

0,5 plasmocytes,
0,5 myélocytes.

Anisocytose très intense ; nombreux myélocytes, macrocytes, macronormo-normo, microcytes.

Poikilocytose importante, surtout microcytaire.

Anisochronie intense.

Polychromatophilie.

Le myélogramme a confirmé la nature Biermérienne de l'anémie :

Hémo-histioblastes	0,8 %
Myéloblastes	1,6
Promyélocytes	2
Myélocytes neutrophiles	26
— éosinophiles	1
Métamyélocytes neutrophiles	10,2
— éosinophiles	0,6
Polynucléaires neutrophiles	9
— éosinophiles	1
Lymphocytes et moyens mono	10
Monocytes	1,5
Plasmocytes	3
Hémocytoblastes	1
Proérythroblastos	1,2

Erythroblastes basophiles	3,6
— polychromatophiles ..	3
— orthochromatophiles .	16
Promégalo blasts	1,5
Mégalo blasts	6,6
(dont 1 % en caryocinèse).	

Anisocytose très intense ; nombreux mégalo cytes ; macro-macronormo-normo-microcytose.

Poïkilocytose importante, surtout microcytaire, nombreux ovalocytes.

Anisochronie importante.

Polychromatophilie importante.

4 à 5 % érythroblastes à noyaux anormaux ; 2 à 3 % érythroblastes avec corps de Jolly ; 1 % d'hématies avec granulations azurophiles ou basophiles, 2 % de noyaux libres.

La vitamine A. a été indécélable dans le sang.

Carotène : 48 γ dans 100 cc. de plasma.

Vitamine C. : indécélable.

Vitamine P. P. : 618 γ pour 100 cc. de sang total ; 3.820 γ pour 100 cc. de globules.

Phosphore minéral : 37 γ par centimètre cube de sérum.

Phosphatases : 2,9 unités Bodansky.

Après 6 jours de l'extrait hépatique Choay, on a trouvé 1.980.000 globules rouges, avec 15 % de réticulocytes et 4 éosinophiles.

Nous voyons par ces trois observations qu'il y a une carence très nette en facteur A et C. Nous signalons le fait sans prétendre en tirer de conclusions.

Mais, en dehors de ces anémies, que l'on peut classer avec certitude dans le cadre des anémies de BIEMER, nous avons constaté chez un grand nombre de sujets, des anémies modérées.

Il s'agissait de sujets fatigués, souvent sous-alimentés.

Ces anémies se sont présentées comme des anémies hyperchromes.

OBSERVATION VIII.

M^{me} T. Marie, 58 ans, entre dans le service le 14 janvier 1942, parce que, depuis quelques mois, elle se sent très fatiguée, et a maigri de dix kilos environ en six mois.

L'examen hématologique montre :

Hémoglobine	80 %
Globules rouges	3.298.000
Valeur globulaire	1,05
Globules blancs	5.200

Après quinze jours d'hépatothérapie, les globules rouges sont de 4.348.000 avec 5,5 éosinophiles.

Un mois après on trouve 4.804.000 globules rouges avec 7,5 éosinophiles.

Chez cette malade on n'a pas pu doser la vitamine A.

On a trouvé des traces de vitamine C.

Le dosage de la vitamine P. P. a donné :

Sang total	634 γ %
Dans les globules	1.427 γ %

Phosphore minéral : 36 γ %

Phosphatases : 3,6 U. B.

OBSERVATION IX.

M. L..., entre à l'hôpital pour une grande asthénie. Il s'agit d'un malade nettement sous-alimenté, vivant seul, et de ce fait, ayant des difficultés accrues pour son ravitaillement.

L'examen du sang montre :

Hémoglobine	76 %
Globules rouges	3.443.000
Valeur globulaire	1,10
Globules blancs	7.600
Pas d'éosinophiles.	

Après quinze jours d'hépatothérapie et d'un régime alimentaire de suralimentation, les globules rouges sont de 3.979.000 avec 2,5 éosinophiles.

Un mois après, le malade sort avec : 4.152.000 globules rouges.

Il n'y a pas eu de poussées réticulocytaires importantes.

Les dosages de vitamines ont donné les résultats suivants :

Vitamine A. : 72,8 U. I. par 100 cc.

Carotène : 76,4 %.

Vitamine C. : traces.

Vitamine P. P. :

Sang total

620 γ %

Globules

1.618 γ %

Phosphore minéral 15 γ par centimètre cube.

Phosphore libéré par les phosphatases 0,42 U. B.

De cette étude il résulte que, à côté des anémies de **BIEMER** typiques, il existe un nombre accru d'anémies hyperchromes qui peuvent s'en rapprocher.

Les dosages des vitamines dans le sang ont montré en règle générale une carence en vitamine A et vitamine C. Le taux de vitamine D a été normal.

Dans tous les cas envisagés, sauf pour l'observation VI, la vitamine P. P. rapportée au sang total, présente une valeur normale et sub-normale. Etant donné que la vitamine P. P. est entièrement dans les globules, on peut considérer que dans tous ces cas, il y a phénomène de compensation par surcharge des globules afin de maintenir constante la teneur en facteur P. P.

Dans la majorité des observations, on a pu retrouver la sous-alimentation ; il est cependant impossible d'affirmer si la fréquence des anémies hyperchromes actuellement observées peut être rattachée à une carence vitaminique.

LES MALADIES INFECTIEUSES

Il était naturel de penser que les mauvaises conditions de vie, créées par l'exode, puis par l'après-guerre, pourraient favoriser des épidémies.

Les migrations des populations civiles et militaires auraient pu être le principal facteur de ces épidémies éventuelles.

Depuis l'exode, l'affaiblissement des individus par la sous-alimentation, particulièrement en ce qui concerne les enfants, était également un facteur à redouter.

A l'Hôpital de Saint-Denis, comme dans le reste du pays, il n'y a pas eu de recrudescence des maladies infectieuses épidémiques.

Voici quelques chiffres démonstratifs :

De juin 1937 à août 1939, on compte 147 rougeoles contre 101, de août 1940 à août 1942.

63 scarlatines contre 37.

87 coqueluches contre 40.

10 méningites cérébro-spinales contre 7.

85 diphtéries contre 25.

Par contre, on trouve 20 fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes depuis la guerre jusqu'à septembre 1942,

au lieu de 9 dans la période correspondante d'avant-guerre.

M. MARRON au Conseil d'Hygiène publique et de salubrité du département de la Seine (Séance du 10 juillet 1942) signale cette recrudescence de la fièvre typhoïde.

Pour cet auteur, comme pour M. CAMBESSÉDÈS, Inspecteur général des services techniques d'Hygiène de la Préfecture de police, la cause de cette épidémie est uniquement l'absorption de moules crues ou insuffisamment cuites.

Cette étiologie n'a été retrouvée qu'exceptionnellement chez les malades que nous avons observés.

La cause nous paraît devoir être recherchée dans les légumes crus arrosés avec des eaux polluées dans les jardins improvisés.

Signalons que nos malades n'avaient pas été vaccinés.

En résumé, depuis la guerre, à part une petite épidémie de dothiécéntérie, il n'y a pas eu à Saint-Denis d'augmentation ni du nombre ni de la gravité des maladies infectieuses épidémiques.

LA GALE

Par contre, une augmentation considérable du nombre des cas de gale a été constatée à Saint-Denis comme dans presque toute la France.

L'intensité de ces gales, les pyodermites qui les compliquent fréquemment, leur complication, leur récurrence, ont amené l'hospitalisation de beaucoup de malades au pavillon d'isolement.

A l'Hôpital de Saint-Denis on a pu observer d'août 1940 à mars 1942 tant à la consultation de médecine, qu'au centre prophylactique, plus de dermatoses acariennes que pendant les cinq années précédentes.

Du premier janvier 1941 au premier mars 1942, un total de 115 malades a été hospitalisé; la plupart de ces malades présentaient des infections cutanées secondaires.

Il faut attribuer cette recrudescence à la guerre en premier lieu, à l'exode ensuite, qui ont facilité la contagion et le manque de précautions hygiéniques.

Depuis, la gale est entretenue par le rationnement des produits de lavage et la pénurie de certains des produits employés dans le traitement, faits qui favorisent les conditions de contagiosité.

Ces gales infectées constituent une cause de né-

phrites aiguës qui n'est pas exceptionnelle. Parmi les 115 malades hospitalisés pour gale, P. DELAFONTAINE et M. DUHAMEL ont observé 6 cas de néphrites aiguës dont un mortel. L'étude de ces néphrites a fait l'objet de la thèse récente de notre collègue et ami M. DUHAMEL.

CONCLUSIONS

L'étude comparative des malades admis dans les services de médecine de l'Hôpital de Saint Denis de juillet 1937 à août 1939 d'une part, et d'août 1940 à juillet 1942, d'autre part, montre des modifications importantes dans les affections dont sont atteints ces malades.

I. — 1^o La tuberculose et spécialement la tuberculose pulmonaire, n'ont pas augmenté sensiblement de fréquence mais ont une gravité nettement plus grande.

Ce sont les formes broncho-pneumoniques qui dominant.

Leurs caractéristiques ont été la brusquerie tout au moins apparente de leur apparition et la rapidité de leur évolution, affectant le type de la phthisie galopante ;

2^o La réduction légale ainsi que la raréfaction des boissons alcoolisées ont amené une diminution considérable et rapide des maladies dues à l'alcoolisme : accidents délirants, cirrhoses du foie et polynévrites.

Cette diminution est telle que dans les milieux hos-

pitaliers de Saint-Denis, les cirrhoses du foie, les polynévrites et les délires alcooliques sont devenus exceptionnels, alors qu'avant-guerre ces affections y étaient d'une fréquence particulière ;

3^o Des amaigrissements cryptogénétiques considérables sont très fréquents ; ils atteignent davantage les hommes que les femmes.

Au cours de ces deux derniers hivers, les engelures ont été observées chez un très grand nombre de personnes et surtout chez les femmes.

Les aménorrhées et dysménorrhées ont été d'une fréquence inaccoutumée.

4^o Les anémies pernicieuses du type anémies de Biermer rares avant-guerre, ont été relativement fréquentes depuis juin 1940.

Il en a été de même des anémies modérées. Ces anémies, dans la règle, se sont présentées comme des anémies hyperchromes.

5^o Les maladies infectieuses contagieuses en dehors d'une petite épidémie de dothiéntérie n'ont pas subi de modifications ;

6^o L'Hôpital de Saint-Denis a enregistré l'importance de l'endémie actuelle de gale. Les néphrites aiguës apparaissent comme une complication non exceptionnelle des gales infectées.

II. — Il n'est pas douteux que les modifications de la fréquence et de l'allure des affections observées à l'Hôpital de Saint-Denis sont en rapport avec les événements qui se sont déroulés depuis 1940.

Il n'est pas possible d'affirmer avec certitude quelles sont parmi les multiples conséquences de ces événements, celles qui sont directement responsables de ces modifications.

1^o Seules les restrictions des boissons alcoolisées expliquent d'une façon certaine la quasi disparition des cirrhoses, des polynévrites et des délires aigus, qui étaient, avant la guerre, d'une fréquence particulièrement grande dans le milieu hospitalier de Saint-Denis ;

2^o Le rôle de la sous-alimentation paraît indiscutable, mais non exclusif, dans la gravité actuelle de la tuberculose pulmonaire.

Cette gravité s'observe surtout chez des sujets vivant isolés, pour qui, les difficultés de ravitaillement sont particulièrement grandes. Il est à noter aussi qu'il s'agit souvent de sujets que les circonstances ont obligé à changer de métier et à exercer les rudes travaux physiques de manœuvre.

Enfin, le retentissement affectif et moral des événements, peut avoir un rôle qu'il est impossible de préciser.

3^o Dans les amaigrissements cryptogénétiques les mêmes facteurs que ceux qui déterminent la gravité de la tuberculose, peuvent être incriminés. En particulier, le rôle des carences alimentaires n'est pas douteux ; la différence de fréquence de ces amaigrissements chez les hommes et chez les femmes reste cependant difficilement explicable ;

4^o Dans les anémies, il n'est pas possible d'apporter

des arguments en faveur du rôle des différents facteurs étiologiques occasionnels.

Nous avons tenté de chercher chez certains de ces malades, le rôle des carences vitaminiques.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il serait prématuré de vouloir apporter une conclusion ;

5° Devant la fréquence des engelures, on a pu se demander, si, en dehors du froid, il n'existait pas un facteur constitutionnel organique ou endocrinien ;

6° Une épidémie de typhoïde a été constatée. Il ne nous a pas semblé que l'on doive l'attribuer à l'utilisation des coquillages crus ou insuffisamment cuits. C'est dans la consommation des légumes crus arrosés, qu'il faut en rechercher la cause ;

7° Enfin, l'importante endémie de gale doit être attribuée aux migrations, au défaut d'hygiène générale, à la pénurie de savon et de certains des produits utilisés pour le traitement.

Vu : le Président de la thèse,
VALLERY-RADOT

Vu : le Doyen,
A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- AMEUILLE (M. P.). — Les régimes des tuberculeux. Paris, 1941.
- ARNOULD (E.). — La mortalité tuberculeuse dans les asiles d'aliénés (*Revue de Phthisiologie*, 1934).
- ARNOULD (E.). — La sous-alimentation et la mortalité tuberculeuse (*Presse méd.*, nos 5-6, 14-17 janvier 1942).
- AUBERTIN (Emile). — Un danger qui grandit : la Tuberculose (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 janvier 1942, n° 75).
- BEZANÇON (F.), EVROT et MOINE. — Du rôle de l'alimentation dans l'élévation de la mortalité tuberculeuse (*Bulletin Acad. Méd.*, juillet 1940).
- AUGUSTE (C.) et PARIS (J.). — Fréquence actuelle de la méningite tuberculeuse de l'adulte (Soc. de Méd. du Nord, 29 novembre 1941).
- BRETON et DUCAMP. — Rôle de la carence alimentaire dans le développement de la tuberculose (Congrès nat. de la tub. Strasbourg, 1923).
- BORDET (F.). — A propos des engelures. Type 1940-1941 (*Presse médicale*, nos 21-22 des 5-8 mars 1941).
- CATHALA (J.), LAPLANE (R.), CLER (R.). — Syndrome neuro-œdémateux épidémique (*Bull. et mém. soc. méd. des Hôp.*, nos 13 et 14, 3 juin 1941).
- COBBET. — The decline of tuberculosis and the increase in its mortality the war (*The journ. of. Hyg.*, 1930).

- DEBRÉ (R.), MARIE (J.), SERINGGUE-MANDE (Ph.). — Sur un syndrome neuro-œdémateux (Soc. de biologie, séance du 8 février 1941).
- DUHAMEL (M.). — Les néphrites de la gale, leur fréquence au cours de l'endémie actuelle. Thèse Paris, 1942.
- DUMONT. — Les premiers cas d'œdème de carence (*Le Scalpel*, n° 6 du 30 mars 1941).
- DURAND (Paul). — Comment, pourquoi et chez qui, sont apparus les œdèmes de carence alimentaire.
- DUTHOIT-WAREMBOURG-BOCQUET. — Modifications actuelles de la tuberculose de l'adulte et du vieillard (Soc. de Méd. du Nord, séance du 24 janvier 1942).
- FABER (K.). — Tuberculosis and nutrition (*Act. tub. scandinavica*, 1930).
- FISCHER (G.). — La maladie œdémateuse. Résultat possible d'une carence alimentaire au cours des périodes de disette (*Le Concours médical*, n° 38 du 21 septembre 1941).
- FLANDIN (Charles-François). — Restrictions alimentaires et manifestations tuberculeuses ou tuberculoïdes de la peau et des ganglions (Soc. méd. des Hôp. de Paris, séance du 30 mai 1941).
- GOUGEROT (H.), DEGOS (R.), CARTEAUD (A.), VIAL et TETREAU. — Froidures papuleuses miliaires et lenticulaires à type d'érythème polymorphe avec ou sans engelure (Soc. franç. de dermat. et siphyl., séance du 12 déc. 1940).
- GOUNELLE (H.), SASSIER (R.), MARCHE (J.), BACHET (M.). — Données biologiques sur l'œdème de dénutrition par carence alimentaire (Soc. de biol., séance du 11 octobre 1941).
- GOTTSTEIN. — Allgemeine Epidemiologie der tuberkulose Berlin, 1934.
- GRENET-L'HIRONDEL (H.). — Sur un cas de syndrome

neuro-cedémateux (Soc. de pédiatrie, 29 janvier 1942).

KIRCHNER (M.). — Der Einfluss des Weskrieges auf die tuberkulose (*Zeitschr F. tub.*, 1921, n° 34).

LAROCHE (Guy), BOMPARD (E.), TRÉMOLLIÈRES (J.). — A propos de huit cas d'œdème par carences alimentaires (*Bull. et mém. soc. hôp. de Paris*, 14 août 1941).

LAROCHE (Guy), BOMPARD et TRÉMOLLIÈRES. — Soc. franç. de gynécologie, 15 juin 1942.

LE MELLETIER. — Restrictions alimentaires et tuberculose (*Gaz. méd. de France*, janvier 1941).

MACQUET (P.). — Gravité actuelle de la tuberculose rénale chez les jeunes dans le Nord de la France (*Jour. d'Urol. méd. et chir.*, n° 12, janv.-fév. 1942).

MAURIAC (P.), LAVAL (P.), MONNAYOU (H.), LÉGER. — Les œdèmes par déséquilibre alimentaire (*Paris médical*, 20 nov. 1941).

MARRON. — Compte rendu des séances du Conseil d'hygiène publique et de la salubrité du département de la Seine (Séances des 10 et 24 juillet 1942).

MEUNIER (Paul) et RAOUL (Y.). — Le diagnostic chimique des avitaminoses techniques actuelles.

MOINE (Marcel). — Assistons-nous à une nouvelle recrudescence de la tuberculose ? (*Echo de la médecine*, sept. 1941).

— Un danger qui grandit : la tuberculose (*Journal de médecine de Paris*, n° 18, 25 septembre 1941).

MOURIQUAND (G.). — Rôle de la carence alimentaire dans le développement de la tuberculose pulmonaire (Congrès national de la tuberculose pulmonaire. Strasbourg, 1923).

QUIVY (Jean). — La morbidité tuberculeuse en 1941, comparée avec celle de 1939 (*Concours médical*, 12 octobre 1941).

- RABUT (R.). — Les engelures (*Presse médicale*, 1-4 janvier 1941).
- RAVINA (A.), PÉCHER (Y.), BUCQUOY (M.), PUJOL (C.). — Fréquence et gravité actuelle de la tuberculose (Soc. méd. des Hôp. de Paris, séance du 30 mai 1941).
- REDEKER. — Zur Kriegrepidemiologie der tuberkulose (*Zeitsch. f. Tub.*, 1923, n° 37).
- RIST et AMEUILLE. — Forme présente des adénopathies tuberculeuses de réinfection (Soc. d'Etudes scient. sur la tuberculose, juin 1941).
- SÉZARY (A.) et RABUT (Robert). — Engelures ponctuées et engelures kératosiques (Soc. franç. de dermat. et syphil., séance du 12 déc. 1940).
- SIMON (Clément). — Engelures 1940 (*Le Bulletin médical*, n° 6 du 8 février 1941).
- VALETTE (B.). — Pourquoi les engelures sont-elles plus fréquentes cet hiver ? (*Défense médicale*, n° 39 du 7 janvier 1941).
- WAREMBOURG, POITEAU, BISERTE. — Sur quelques cas d'œdèmes d'origine alimentaire (*Gaz. des hôp.*, n° 19, 4 avril 1942).
- Les œdèmes par carences alimentaires (*L'écho méd. du Nord*, 1942, n° 3).
- WEISSENBACH (R. -J.). — A propos de l'érythème pernio-papuleux dit encore engelures papuleuses ou froidures papuleuses (Soc. franç. de dermat. et syphil., séance du 12 décembre 1941).

